

709

MRI 申込伝票

依頼施設名

医師名

検査日

保険	健保 健家 国保 医扶 労災 自費
登録No	
氏名	
生年月日	
発行日	

01	CT用フィルム(半切)	枚	03	マグネシスト 10ml	A
09	Dupフィルム(半切)	枚	04	マグネシスト 15ml	A
			16	ボースデル 250ml	袋
06	生食 20ml	A	13	グルカゴン G	B
07	生食 100ml	B	14	グルカゴン S	B
08	パドリン	A	15	リゾピスト	H

検査部位	21	脳	41	縦隔	51	胃・小腸・大腸	61	骨盤骨	78	肩関節
	22	後頭蓋窩	42	肺・肋膜	52	肝臓	62	子宮・卵巣	71	上腕
	23	眼窩	43	心臓	53	胆のう・胆管	63	前立腺	72	前腕
	24	副鼻腔	44	胸壁・肋骨	54	膵臓	64	膀胱	73	大腿
	25	トルコ鞍	45	胸椎(Th)	55	脾臓			74	下腿
	26	聴器・耳下腺			56	腎臓			75	股関節
	31	咽頭・喉頭	46	腰椎(L)	57	副腎			76	膝関節
	32	甲状腺	47	リンパ節	58	後腹膜腔			77	足関節
	33	頸椎(C)	48	大動脈						
	②③	頭頸部	④⑤	胸部	⑥⑦	腹部	⑧⑨	骨盤部	⑩⑪	四肢
	チェック項目		(必ず記入して下さい)		有・無		有・無		有・無	
	心臓ペースメーカー				てんかん				手術用クリップ類、ペツツ	
	動脈瘤クリップ				不整脈				鼓室形成術、偽眼	
冠状動脈バイパスクリップ				妊娠または妊娠の可能性				人工骨頭、人工関節、プレート		
その他動脈クリップ				狭所恐怖症				緑内障		
人工心臓弁				長時間(30分)の静止が可能か				入墨、パーマネントアイライナー		
				気管支喘息				その他		

造影 有・無

G-F検査 有・無 年 月 日 部位

臨床診断 () 確・疑・精査

検査目的

病歴および主要検査所見

医師記入欄

感染症 (有・無・疑)

注1) 体内に金属がある場合は種類・大きさ・部位を知らせて下さい。
 2) ペースメーカー使用者および妊娠初期の検査はできません。
 3) 原則として1検査・1部位として下さい。

払い出しチェック

所属サイン

放射線科チェック

撮像記録		T R	T I	T E	スライス厚	スライス数	方向数	MIP数	C E	患者容態
	2DMRA・MRCP								有・無	チェック
	3DMRA・MRCP								有・無	体重 kg
	3DT1FASE								有・無	
	方向	T R	T I	T E	スライス厚	スライス数	AVER		C E	技師
	A C S								有・無	看護師
	A C S								有・無	看護師
A C S								有・無	看護師	